

# Behandeling van problematisch drinkende jongeren

Linda Bolier, Jacqueline Verdurmen, Evelien Smit, Karin Monshouwer en Lex Lemmers\*

**Wat weten we over de effecten van behandelinterventies voor jongeren die problematisch alcohol gebruiken? In dit artikel worden de resultaten beschreven van een literatuurreview, uitgevoerd door het Trimbos-instituut in het kader van Resultaten Scoren. Het betrof een 'review van reviews' met een brede scope: de duur van de beschreven behandelinterventies loopt uiteen. Uit de resultaten bleek dat vooral motiverende gespreksvoering, eventueel aangevuld met feedback en normatieve vergelijkingen, cognitieve gedragstherapie en meeromvattende gezinstherapie, effectief zijn in het verminderen van alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problemen. Van veel andere behandelingen, zoals farmacotherapie en het Minnesota-model, zijn enige aanwijzingen voor effectiviteit gevonden, maar daar kunnen nog geen harde conclusies aan verbonden worden. De gevonden resultaten geven aanleiding voor het ontwikkelen van nieuwe protocollen voor de Nederlandse behandelpraktijk voor jongeren, effectonderzoek en implementatie volgens afgesproken standaarden.**

## Inleiding

Voor volwassenen is goed in kaart gebracht hoe probleemdrinken kan worden behandeld, voor jongeren niet. Wij willen in dit artikel in die leemte voorzien. Motiverende gespreksvoering helpt en vooral cognitieve gedragstherapie in groepsverband en meeromvattende gezinstherapie. Deze kennis is van belang nu instellingen in Nederland staan

\* Drs. L. Bolier is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: [lbolier@trimbos.nl](mailto:lbolier@trimbos.nl).

Dr. J. Verdurmen, drs. K. Monshouwer en dr. L. Lemmers zijn eveneens wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en drs. E. Smit is junior wetenschappelijk medewerker aldaar.

te trappen om met jeugdverslavingszorg te beginnen of door te gaan. De term 'jongere' slaat hier vooral op adolescenten, met een overgang naar jongvolwassenen.

### **Probleemdrinken onder jongeren**

Jongeren in Nederland zijn stevige drinkers. Hoewel de leeftijdsgroep van twaalf tot veertien jaar de afgelopen vier jaar minder is gaan drinken, is het alcoholgebruik in de groep vanaf vijftien jaar onverminderd hoog en drinken jongeren als ze drinken nog steeds te veel en te vaak (Monshouwer e.a., 2008). Dit brengt problemen met zich mee. Jongeren zijn gevoeliger voor alcohol dan volwassenen. Ze zijn eerder dronken en lopen meer risico op hersenbeschadiging (Verdurmen e.a., 2006). Stevige innemers die vroeg beginnen met drinken, kunnen afhankelijk raken (DeWit, Adlaf, Offord & Ogborne, 2000; Grant e.a., 2006).

Jongeren melden zich niet snel wegens alcohol bij de verslavingszorg. Dit komt doordat zij problemen miskennen. Bovendien ontstaan zware problemen als afhankelijkheid, anders dan bij bijvoorbeeld cannabis, pas over langere tijd. Er gaan jaren overheen; het gedrag moet inslijten. Dit staat los van acute risico's, zoals (verkeers)ongevallen (SWOV, 2006) en alcoholvergiftiging (Valkenberg, Van der Lely & Brugmans, 2007). Het aantal jeugdigen van zestien jaar of jonger dat wegens drinken acuut in een ziekenhuis moest worden opgenomen, steeg tussen 2001 en 2006 van 263 naar 482 (Van Laar e.a., 2008). Er zijn half zoveel jongeren in behandeling voor alcohol dan voor cannabis. Voor alcohol ging het in 2006 om 1.243 jongeren tussen de vijftien en 24 jaar, waarvan 191 tot 19 jaar (LADIS, 2008).

De verslavingszorg heeft jongeren met een drankprobleem in principe veel te bieden. Preventie helpt om de aanvangsleeftijd van drinken uit te stellen en problemen vanwege consumptie te voorkomen. Bij beginnende problemen is vroeg ingrijpen mogelijk, bijvoorbeeld op scholen en eerstehulpdiensten. De jeugdverslavingszorg is sterk in ontwikkeling. Voorzieningen voor jongeren bestaan al: Mistral (Parnassia Brijder) en het Bauhuus van Verslavingszorg Noord Nederland. Zeven andere instellingen voor verslavingszorg willen eveneens een jeugdafdeling (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2007), met ambulante zorg en in vijf gevallen ook een kliniek. Volgens een inventarisatie die wij uitvoerden, hadden deze instellingen geen speciale alcoholbehandelingen in gebruik of in gedachten (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2007). De samenwerking tussen instellingen voor verslavingszorg en ziekenhuizen groeit. Een voorbeeld is de band tussen de

alcoholpoli in Delft, waar jongeren met alcoholintoxicatie terechtkomen, en Parnassia Brijder, die jongeren via korte motiverende gespreksvoering leidt naar passende hulp.

### **Literatuuroverzicht**

De literatuur over preventie van alcoholproblematiek is samengevat (Cuijpers & Scholten, 2006), ook die over behandeling bij drugsmisbruik (Rigter, Van Gageldonk, Ketelaars & Van Laar, 2004) en bij alcoholmisbruik onder volwassenen (Van Gageldonk, Ketelaars & Van Laar, 2006; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2007). De literatuur over behandeling van alcoholproblemen onder jongeren moest nog in kaart worden gebracht. Wij doen dit in dit artikel.

De basis is een studie die het Trimbos-instituut te Utrecht uitvoerde in opdracht van Resultaten Scoren, het project van GGZ Nederland voor kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg in Nederland. Uit het bedoelde rapport lichten wij hier het deel dat gaat over behandeling van jongeren met (ook) alcoholproblematiek. Wij raadpleegden internationale databestanden: PsychINFO, Medline, EMBase, Eric, National Criminal Justice Reference Service en de Cochrane Database for Systematic Reviews. Daarin zochten wij naar degelijke literatuuroverzichten (reviews), waarvan er vele verschenen zijn, maar wij bestudeerden voor de laatste twee jaar (2006 en 2007) ook de verslagen van afzonderlijke onderzoeken. Een team van vier personen maakte de uiteindelijke selectie, met advies van een wetenschappelijke expertgroep (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2007). Uit de bus kwamen 25 reviews en een aanvullend onderzoeksverslag.

De beschreven behandelingen liepen uiteen van korte interventies tot intensieve therapieën. Wij presenteren hier de bevindingen per soort behandeling: motiverende gespreksvoering en andere kortdurende behandelingen, cognitieve gedragstherapie, gezinsbehandelingen, farmacotherapie, hulp bij dubbele diagnose en overige behandelingen.

### **Motiverende gespreksvoering en andere korte interventies**

Er is een vorm van vroege interventie die geïndiceerde preventie wordt genoemd. Daarvoor worden jongeren geselecteerd die positief scoren op een screeningstest of bij wie op een andere manier overmatig drinken is gesignaleerd. De vroege interventie omvat meestal motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is bedoeld om jongeren te stimuleren hun alcoholconsumptie te stoppen of te minderen en hun leefstijl zo te veranderen, dat ze minder in de verleiding komen om te drinken. De methode van gespreksvoering bestaat onder meer

uit een empathische, niet-veroordelende houding, reflectief luisteren, feedback geven, weerstand afbreken, discussie vermijden en bevorderen van eigen verantwoordelijkheid.

Korte interventie bestaan in de regel uit één tot vijf sessies, die door uiteenlopende hulpverleners in uiteenlopende settings kunnen worden uitgevoerd. De aanpak is vooral geschikt voor jongeren die te veel drinken maar nog niet afhankelijk (verslaafd) zijn. Hun probleembesef is vaak gering en ze zijn weinig gemotiveerd tot het zoeken van hulp. Ze kunnen opgespoord worden door actieve screening en signalering, bijvoorbeeld op eerstehulpafdelingen of op scholen.

De literatuur laat zien dat motivatieverhoging adolescenten ertoe kan bewegen (wat) minder te drinken. Ook problemen vanwege drinken nemen iets af (Deas, 2008; Carey, Scott-Sheldon, Carey & DeMartini, 2007; Monti, Tevyaw, Borsari, 2005; Tait & Hulse, 2003; Larimer & Cronce, 2007; Grenard, Ames, Pentz & Sussman, 2006; O'Leary Tevyaw & Monti, 2004). Het sterkste effect op alcoholgebruik wordt gezien na korte een follow-up (dus vlak na de interventie), bij individuele jongeren zonder veel andere problemen en als motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback (vertellen hoe de jongere het doet op bepaalde maten) en vergelijking met wat normaal is (Carey, Scott-Sheldon, Carey & DeMartini, 2007; Larimer & Cronce, 2007; O'Leary Tevyaw & Monti, 2004; Monti e.a., 2007). Het weinige onderzoek dat gedaan is naar motiverende gespreksvoering in groepsverband, heeft geen duidelijk resultaat opgeleverd.

### **Cognitieve gedragstherapie**

Cognitieve gedragstherapie (CGT) berust op principes van klassieke en operante conditionering. Uitgangspunt is dat gedrag wordt aangeleerd in de context van de omgeving. De interventie richt zich op identificatie van de omstandigheden en gedragingen die drinken bevorderen, en op het aanleren van vaardigheden om gedragspatronen te doorbreken en terugval te voorkomen. Er wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het vergroten van de assertiviteit, nee leren zeggen, zelfcontrole en sociale vaardigheden. Daarnaast is er aandacht voor de invloed van cognitieve processen, zoals informatieverwerking, voor sociaal leren en voor de ontwikkelingsfase waarin een jongere verkeert. CGT probeert niet alleen gedragingen maar ook percepties te veranderen (d.w.z. anders leren denken). Jongeren wordt onder meer geleerd om situaties te herkennen met hoog risico op drinken en om deze situaties en de bijbehorende verleidingen te vermijden. Cognitieve gedragstherapie wordt zowel individueel als in groepsverband aangeboden.

Of individuele CGT werkt, valt niet te zeggen, want die behandeling is vooral bij cannabis toegepast en niet bij drinken. Er zijn wel aanwijzingen dat CGT in groepsverband probleemdrinken onder adolescenten vermindert (Waldron & Kaminer, 2004; Thatcher & Clark, 2006; Vaughn & Howard, 2004), al is het aantal studies beperkt. Een discussiepunt is het bijeen brengen van jongeren in een groep. Ze kunnen elkaar misschien aanzetten tot negatief gedrag (Dishon, McCord & Poulin, 1999). Maar volgens andere studies kunnen groepsinterventies juist gunstig uitwerken (Weiss e.a., 2005; Burleson, Kaminer & Dennis, 2006). Het is in ieder geval verstandig om geen jongeren uit vriendenclubs of met dezelfde achtergrond bij elkaar te plaatsen (Kaminer, 2005).

### **Gezinstherapie**

Onder de term gezinstherapie valt een groot aantal behandelingen, gebaseerd op verschillende theoretische modellen. Belangrijkste voorbeelden zijn 'multidimensional family therapy' (MDFT), 'multisystemic therapy' (MST), 'functional family therapy' (FFT) en 'brief strategic family therapy' (BSFT). Het fundament van al deze behandelingen vormt de 'family systems theory' (Ozechowski & Liddle, 2000; Waldron, 1997). Volgens deze theorie hangt probleemgedrag van de adolescent - in dit geval drinken - samen met relaties en interacties in het gezin. Niet alleen de adolescent zelf maar ook andere gezinsleden worden daarom in de behandeling betrokken. Dit model wordt in diverse gezinstherapieën aangevuld met elementen uit de sociaal-ecologische theorie. Deze stelt dat ook ander sociale systemen waarin de adolescent verkeert (bijv. leeftijdgenoten, school, werk, vrijetijdsbesteding, buurt) invloed op zijn gedrag hebben. Deze laatste therapieën richten zich daarom ook op de bredere omgeving van de adolescent. Er zijn sterke aanwijzingen dat gezinstherapie effectief is in het reduceren van probleemdrinken onder adolescenten. Een meta-analyse en een systematisch literatuuroverzicht kwamen in 1997 al tot die conclusie (Waldron, 1997; Stanton & Shadish, 1997), die sindsdien bevestigd is (Thatcher & Clark, 2006; Ozechowski & Liddle, 2000; Deas & Thomas, 2001). De meerwaarde van gezinstherapie bleek met name uit vergelijking met niet-gezinsgerichte interventies (Ozechowski & Liddle, 2000; Waldron, 1997; Stanton & Shadish, 1997; Deas & Thomas, 2001; Williams & Chang, 2000; Van Langen & Schippers, 2007), zoals individuele counseling en groepstherapie.

De diverse vormen gezinstherapie zijn zelden in gedegen onderzoek met elkaar vergeleken. Momenteel lijkt het wetenschappelijk bewijs voor MDFT het sterkst (Vaughn & Howard, 2004; Austin, Macgowan

& Wagner, 2005). Naar deze interventie is het meeste (kwalitatief goed) onderzoek gedaan; andere behandelingen zijn minder uitgebreid onderzocht.

### **Farmacotherapie**

De verschillende medicijnen die gebruikt worden bij alcoholverslaving, kunnen naar hun werking worden ingedeeld in twee klassen: *a* aversietherapie vermindert alcoholgebruik door het produceren van een onprettige lichamelijke reactie wanneer alcohol wordt gedronken (bijv. disulfiram), en *b* anti-hunkeringmedicatie, die drinken tegengaat door afzwakking van de psychologische hunkering naar alcohol (bijv. naltrexon en acamprosaat).

Onderzoek naar de werking van beide soorten middelen bij adolescenten staat nog in de kinderschoenen (Thatcher & Clark, 2006; Kaminer & Slesnick, 2005; Waxmonsky & Wilens, 2005). Medicatie dient dan ook alleen in bijzondere gevallen gebruikt te worden (Thatcher & Clark, 2006).

### **Behandeling bij dubbele diagnose**

Misbruik en afhankelijkheid van alcohol (en drugs) treden geregeld samen op met psychische stoornissen. Dit noemt men ook wel dubbele diagnose of (psychische) comorbiditeit. Er is weinig bekend over de behandeling van adolescenten met comorbide psychische stoornissen zoals bipolaire stoornis, schizofrenie, depressie, ADHD en posttraumatische stress-stoornis. Het geven van medicijnen voor de comorbide stoornis is zonder aanvullende behandeling waarschijnlijk onvoldoende om drinken tegen te gaan (Wilens e.a., 2005). Bovendien is medicamenteuze behandeling gecompliceerd vanwege het mogelijke eigen verslavende effect van sommige medicijnen en hun bijwerkingen. Voorzichtigheid is dus geboden (Thatcher & Clark, 2006; Kosten & Kosten, 2004).

### **Andere behandelingen**

In 'e-health'-interventies wordt het internet gebruikt voor informatie-overdracht en coaching. De weinige studies die bij adolescenten op dit vlak zijn gedaan, leverden nog niet veel resultaat op. Het betreft vooral onderzoek naar motivatieverhoging (motivationale feedback) onder studenten die te veel dronken. Meer onderzoek op dit terrein is nodig (Larimer & Cronic, 2007; Riper e.a., 2007; Kypri e.a., 2005).

In de Verenigde Staten wordt het Minnesota-model veelvuldig toegepast. Het programma duurt kort (vier tot zes weken) en omvat over het algemeen een breed aanbod van behandelingen, bestaande uit indivi-

duale counseling, groepstherapie, medicatie voor comorbide aandoeningen, gezinstherapie, educatie en recreatie, en een twaalfstappenplan (Williams & Chang, 2000). Twee onderzoeken zijn gedaan. Die leverden veelbelovende uitkomsten op voor het Minnesota-model, vergeleken met controlegroepen van jongeren die op een wachtlijst stonden. Drinken en drugsgebruik namen af. Het is echter nog te vroeg om de balans op te maken.

Niet aangetoond is dat opname van jongeren in een therapeutische gemeenschap - doorgaans gericht op abstinentie - gunstiger uitwerkt dan een niet-residentiële aanpak. Althans niet op de maat 'polymiddelengebruik', waaronder ook alcohol valt (Williams & Chang, 2000). Amerikaanse jongeren krijgen aan het eind van hun behandeling veelal het advies om door te gaan met zelfhulpprogramma's, zoals het bijwonen van twaalfstappengroepen (bijv. Alcoholics Anonymous). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze programma's onder adolescenten (Thatcher & Clark, 2006; Deas & Thomas, 2001; Cohen, Mannarino, Zhitova & Capone, 2003).

### **Tot besluit**

Voor jongeren met een drankprobleem bestaan werkzame behandelingen: motiverende gespreksvoering, eventueel aangevuld met het geven van feedback en vergelijkingen, cognitieve gedragstherapie en verschillende vormen van gezinstherapie, waarvan MDFT de beste papieren heeft. Uit dit rijtje sorteren CGT in groepsverband en meeromvattende gezinstherapie vermoedelijk het meeste effect. Naar andere behandelingen is nog maar weinig onderzoek gedaan; daar valt dus niet veel over te zeggen.

De kwaliteit van het onderzoek naar behandeling van jonge probleemdrinkers wordt de laatste jaren beter, maar hield lange tijd niet over (o.a. kleine aantallen proefpersonen, geen controlegroep, geen randomisatie, geen gevalideerde meetinstrumenten en sterk wisselende uitkomstmaten). Hier is nog veel in te verbeteren (Bukstein & Winters, 2004).

In de verslavingszorg wordt vaak gedacht in termen van het 'stepped care'-model, met hulp zo licht als mogelijk en zo zwaar als moet. Dit model is voor jongeren nog moeilijk invoerbaar, omdat we nog niet precies weten wat voor wie het beste werkt. Motiverende gespreksvoering lijkt geschikt als eerste stap, zeker bij jongeren die te veel drinken maar nog niet afhankelijk van alcohol zijn en zelf nog weinig problemen ervaren. Die eerste stap hoeft niet in de verslavingszorg te worden gezet, want de betrokken jongeren melden zich daar nauwelijks aan; zij komen bijvoorbeeld op de eerstehulpafdeling van een zieken-

huis terecht. De hulpverleners aldaar moeten getraind worden om overmatig alcoholgebruik te detecteren. Het liefst zouden ze dan ook al aan motiverende gespreksvoering moeten doen. Zorgteams op scholen zouden ook zo'n oplettend oog voor probleemdrinken moeten hebben, en dicht in de buurt experts moeten hebben die uit de voeten kunnen met motiverende gespreksvoering.

Motiverende gespreksvoering is meestal niet afdoende, maar kan een aanzet zijn voor een intensievere aanpak. Doorgedaan kan worden met cognitieve gedragstherapie in groepsverband of met meeromvattende gezinstherapie.

Behandeling van jongeren vraagt om speciale deskundigheid. Deskundigen vinden dat jongeren niet moeten meelopen in behandelprogramma's voor volwassenen (Rigter, 2006). Zoals gezegd, wordt er in de praktijk gestreefd naar het opzetten van aparte voorzieningen voor jongeren, met - terecht - een ruim aanbod, variërend van eenmalige adviesgesprekken en motivatieverhogende gesprekken tot gezinstherapie en leefstijltraining (CGT). Niet voor alles zullen al goede protocollen klaarliggen. Protocollen voor volwassenen moeten worden aangepast, nieuwe moeten worden gemaakt. Hulpverleners dienen opgeleid te worden in de nieuwe behandelmethoden. De verslavingszorg zal nog meer moeten gaan samenwerken met andere sectoren, zoals jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ, scholen, politie en justitie. De jeugdverslavingszorg staat in de startblokken. In april 2008 organiseerde Resultaten Scoren een eerste landelijk overleg. Nu volgt het harde werk.

### Literatuur

- Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Bukstein, O.G., & Winters, K. (2004). Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *British Journal of Addiction*, 99, 23-37.
- Burleson, J.A., Kaminer, Y., & Dennis, M.L. (2006). Absence of iatrogenic or contagion effects in adolescent group therapy: findings from the Cannabis Youth Treatment (CYT) study. *American Journal on Addictions*, 15, 4-15.
- Carey, K.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Carey, M.P., & DeMartini, K.S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32, 2469-2494.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Zhitova, A.C., & Capone, M.E. (2003). Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1345-1365.
- Cuijpers, P., & Scholten, M. (2006). *State-of-the-art studies verslavingsonderzoek, deelstudie 4. Verslavingspreventie*. Den Haag: ZonMw.

- Deas, D., & Thomas, S.E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal on Addictions*, 10, 178-189.
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*, 121, S3348-S3354.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, A.C., & Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
- Dishon, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Gageldonk, A. van, Ketelaars, T., & Laar, M. van (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Grant, J.D., Scherrer, J.F., Lynskey, M.T., Lyons, M.J., Eisen, S.A., & Tsuang, M.T. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: Evidence from a twin design. *Psychological Medicine*, 36, 109-118.
- Grenard, J.L., Ames, S.L., Pentz, M.A., & Sussman, S. (2006). Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 53-67.
- Kaminer, Y., & Slesnick, N. (2005). *Evidence-based cognitive-behavioral and family therapies for adolescent alcohol and other substance use disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: a critical review. *Addictive Behaviors*, 30, 1765-1774.
- Kosten, T.R., & Kosten, T.A. (2004). New medication strategies for comorbid substance use and bipolar affective disorders. *Biological Psychiatry*, 56, 771-777.
- Kypri, K., Sitharthan, T., Cunningham, J.A., Kavanagh, D.J., & Dean, J.I. (2005). Innovative approaches to intervention for problem drinking. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 229-234.
- Laar, M. van, Cruts, G., Verdurmen, J., Ooyen, M. van, & Meijer, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- LADIS (2008). *Gegevens 2006*. Houten: IVZ.
- Langen, M.S.G. van, & Schippers, G. (2007). *Effectieve interventies voor jongeren met problematisch alcohol en drugsgebruik: een meta-analyse (scriptie)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Larimer, M.E., & Cronce, J.M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32, 2439-2468.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, S., Smit, E., Gorter, W., & Vollebergh, W. (2008). *Jeugd en riskant gedrag 2007. Kerngegevens van het Peilstationsonderzoek Scholieren Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Gwaltney, C.J., Spirito, A., Rohsenow, D.J., e.a. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *British Journal of Addiction*, 102, 1234-1243.
- Monti, P.M., Tevyaw, T.O., & Borsari, B. (2005). Drinking among young adults: screening, brief intervention, and outcome. *Alcohol Health & Research World*, 28, 236-244.

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2007). *Concept multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: NVVP.
- O'Leary Tevyaw, T., & Monti, P.M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *British Journal of Addiction*, 99, 63-75.
- Ozechowski, T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Rigter, H., Gageldonk, A. van, Ketelaars, T., & Laar, M. van (2004). Hulp bij probleemgebruik van drugs. Stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, achtergrondstudie Nationale Drug Monitor. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rigter, H. (2006). *Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health, high tech high touch high trust programmeringsstudie E-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2007). *Jongeren en verslaving. De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren*. Amersfoort: GGZ Nederland/ Trimbos-instituut.
- Stanton, M.D., & Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- SWOV (2006). *Factsheet driving under the influence of alcohol and drugs*. Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid.
- Tait, R.J., & Hulse, G.K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*, 22, 337-346.
- Thatcher, D.L., & Clark, D.B. (2006). Adolescent alcohol abuse and dependence: development, diagnosis, treatment and outcomes. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 159-177.
- Valkenberg, H., Lely, N. van der, & Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. Internet: <http://medischcontact.artsennet.nl>.
- Vaughn, M.G., & Howard, M.O. (2004). Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14, 325-335.
- Verdurmen, J., Abraham, M.D., Planije, M., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Schulten, I., e.a. (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar: schadelijke effecten en effectiviteit van interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Waldron, H.B., & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *British Journal of Addiction*, 99, 93-105.
- Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.
- Waxmonsky, J.G., & Wilens, T.E. (2005). Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: a review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 810-825.
- Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J.R. (2005). Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youth. *Journal of Consulting Psychology*, 73, 1044.

- Wilens, T.E., Monuteaux, M.C., Snyder, L.E., Moore, H., Whitley, J., & Gignac, M. (2005). The clinical dilemma of using medications in substance-abusing adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: what does the literature tell us? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 787-798.
- Williams, R.J., & Chang, S.Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 138-166.